



FORMULÁRIO – Centro Cirúrgico

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA (SAEP)**

Código: F.HABF.033

Revisão: 04

Revisão: 07/02/2023

VISITA PRÉ OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM - REGISTRO DA AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO EM PACIENTE PRÉ OPERATÓRIO INTERNADO NO HABF

NOME COMPLETO DO PACIENTE:		ATENDIMENTO Nº:
NOME COMPLETO DA MÃE:		SEXO: () M () F
DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE: ____/____/____	PACIENTE GESTANTE: SIM () NÃO ()	
SETOR DE ORIGEM:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
NÚMERO DO AVISO DE CIRURGIA:		
PESO: ____Kg ALTURA: ____M ____CM		
SINTOMAS GRIPAIS: SIM () NÃO () QUAIS: _____		
UTILIZA MARCA PASSO DEFINITIVO? SIM () NÃO ()		
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO ASSINADO? SIM () NÃO ()		
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO ASSINADO? SIM () NÃO ()		
RISCO CARDIOLÓGICO? SIM () NÃO ()		
EXAMES DE IMAGEM DISPONÍVEIS? SIM () NÃO () QUAIS: _____		
EXAMES LABORATORIAIS DISPONÍVEIS? SIM () NÃO () QUAIS: _____		
RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM () NÃO ()		
RESERVA DE UTI: SIM () NÃO ()		
SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS (OPME): SIM () NÃO () QUAIS: _____		
INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS		
DATA DA CIRÚRGIA: ____/____/____	HORA PREVISTA DA CIRÚRGIA: ____:____ H	
CIRURGIA PROPOSTA:		
TIPO DE CIRURGIA: CONVENCIONAL () VÍDEO () EXAME DIAGNÓSTICO ()		
CIRURGIÃO/ESPECIALIDADE:		
LATERALIDADE E/OU MEMBRO À SER OPERADO: LOCAL: _____ LADO DIREITO () LADO ESQUERDO ()		
RETIRADA DE IMPLANTES		
RETIRADA DE ÓRTESE/PROTESE? SIM () NÃO ()		
SE SIM, O PACIENTE/FAMILIAR DEMONSTROU INTERESSE EM LEVAR PARA CASA A ÓRTESE/PRÓTESE RETIRADA? (COMUNICAR A CME/SEGUIR FLUXO DE EXPLANTE) OBS.: _____		
TIPO DE PRECAUÇÃO		
PADRÃO () CONTATO () CONTATO PREVENTIVO () CONTATO + AEROSSÓIS () CONTATO + GOTÍCULAS () GOTÍCULAS () AEROSSÓIS ()		
ORIENTAÇÃO DE JEJUM		
JEJUM: SIM () APARTIR: ____:____ Hs NÃO ()		
AVALIAÇÃO DE ALÉRGICA		
HISTÓRIA DE ALERGIA: SIM () NÃO () NÃO SABE INFORMAR () QUAL _____		
COMORBIDADES		
NEOPLASIA: ()	DIABETES: ()	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: ()
CARDIOPATIA: ()	HIPERTENSÃO ARTERIAL: ()	OUTRAS: _____
MEDICAÇÃO EM USO DOMICILIAR		
FAZ USO DE MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO: SIM () NÃO ()		
QUAIS: _____		
SINAIS VITAIS NA VISITA		
FC (bpm):	PA (mmHg):	FR (rpm):
SAT O2 (%):	TAX (°C):	DOR (numérica 0-10):
EXAME FÍSICO - NEUROCOGNITIVO - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		
ACORDADO () SONOLENTO () ORIENTADO () DESORIENTADO () CONFUSO () VERBALIZANDO () AGITAÇÃO PSICOMOTORA ()		
COMATOSO () TORPOROSO () SEDADO ()		
NEUROMOTOR		
DEAMBULANDO () ACAMADO () PARAPLEGIA () TETRAPLEGIA () HEMIPLEGIA D () HEMIPLEGIA E () ATIVO E REATIVO ()		
HIPOATIVO () HEMIPARESIA E () HEMIPARESIA D ()		
CONDIÇÕES ESPECIAIS? SIM () NÃO () QUAIS: _____		

Rua Liberalino Lima, S/N, Olaria, Vila Velha – ES.

CEP: 29100-535. Telefone: 3636-3514.

dir.geral.habf@inovacapixaba.es.gov.br

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO – Centro Cirúrgico

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA (SAEP)**

Código: F.HABF.033

Revisão: 04

Revisão: 07/02/2023

ACESSO VENOSO
 PERIFÉRICO () CENTRAL () DISSECÇÃO () PICC () PORT A CATH () PERMCATH () SHILLEY () ARTERIAL () FISTÚLA ARTÉRIO VENOSA ()
 HIPODERMÓLISE () SEM ACESSO ()

LOCAL DO ACESSO: MSD () MSE () JIE () JID () JED () JEE () SCD () SCE () FEMORAL D () FEMORAL E ()

OUTROS: _____ DATA DA REALIZAÇÃO DO ACESSO: ___/___/___

GENITURINÁRIO - DIURESE
 ESPONTÂNEA () FRALDA () UROPEN () CISTOSTOMIA () UROSTOMIA () NEFROSTOMIA () SONDA VESICAL DE ALIVIO ()
 SONDA VESICAL DE DEMORA ()
INTEGRIDADE CUTÂNEA - MUCOSA
 INTEGRA () TURGOR NORMAL () TURGOR DIMINUÍDO () HIDRATADA () DESIDRATADA () CIANÓTICA () EDEMACIADA () HIPOCORADA ()
 CORADA () FRIÁVEL () ICTÉRICA () NÃO INTEGRA () QUAL? _____
LESÃO DE PELE

PRESENÇA DE LESÃO (LP) NO LOCAL DA CIRURGIA? SIM () NÃO ()

DESCRIÇÃO DA

LESÃO: _____

ORIENTAÇÕES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO / UTI / PS / AMBULATÓRIO

OBS.: REALIZAR BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA DESGERMANTE 2%

OBS.: REALIZAR TRICOTOMIA SE NECESSÁRIO

OBS.: MANTER JEJUM CONFORME ORIENTAÇÃO DO CIRURGIÃO

OBS.: SUSPENDER O ANTICOAGULANTE CONFORME ORIENTAÇÃO DO CIRURGIÃO

OBS.: RETIRAR ADORNOS

OBS.: ENCAMINHAR PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, PRONTUÁRIO E EXAMES

OBS.: TODOS PERTENCES PESSOAIS DO PACIENTE DEVERÁ PERMANECER NO SETOR DE ORIGEM ATÉ O RETORNO DO MESMO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM E OBSERVAÇÕES:**TRANSPORTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO**

CADEIRA DE RODAS () MACA ()

ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL:

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO DO CENTRO CIRÚRGICO

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SETOR)

Rua Liberalino Lima, S/N, Olaria, Vila Velha – ES.

CEP: 29100-535. Telefone: 3636-3514.

dir.geral.habf@inovacapixaba.es.gov.br


 GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde
